

「アクションプラン」令和6年度達成状況報告を受けて

意見書

令和7年3月18日

医療安全推進体制に係る外部調査委員会

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による

「42の提言」に対する「アクションプラン」令和6年度達成状況報告を受けて

今般、神奈川県立病院機構下専門病院において不幸な医療事故でお亡くなりになった患者さん、およびご遺族に深く哀悼の意を表します。

本調査委員会は、令和5年10月4日～令和6年2月27日にかけて、神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る調査を行い、令和6年2月29日に、42項からなる提言を含む調査報告書（以下、「42の提言」）を作成し、同機構に提出しました。同機構はそれらを27のアクションプランに落とし込み、現在、改善を図っているところです。

「42の提言」では、その達成状況確認のため、約1年後に本調査委員会を再招集することを求めておりました。その要望に沿う形で、令和7年2月26日、改めて同調査会が招集され、令和6年度におけるアクションプランの達成状況が共有されました。同調査会において、幾つかの意見・見解が提出されましたので、それらを文書にまとめ、報告いたします。

.....

本調査会では、定量的に示されたデータを基に、神奈川県立病院機構がこの1年間に行った改善努力、成果等について把握いたしました。これらの多くは「42の提言」に沿うものであり、県立病院機構5病院における改革の土台が整備されつつあることを確認いたしました。一方、プランによっては、まだ緒に就いたばかり、あるいは計画段階に留まる項目も多く、外部委員から幾つかの指摘、改善要望が提示されました。以下に、具体的なものを列挙します。

- ① インシデント管理（事例のトリアージ、過誤性の判断等）、有事対応（事故治療連携、事故性の判断、事故調査等）、平時活動（事故防止活動、QI管理、品質管理活動等）は、重大な医療過誤死を撲滅する取組として、ひと繋がりのものである。これらの関係性を把握しながら院内を統括、リードできる、高度専門性を有する患者安全専従管理者（Chief of Quality and Safety Officer）の計画的育成（予算措置を含む）、および5病院間における管理者ネットワークの構築が急務である。
- ② 県立病院機構5病院全体のインシデント報告状況、職種別報告割合は、現時点で、重大な問題を遺漏なく把握するための（いわゆる透明性確保のための）最低水準に到達できていない。特に今後、医師集団からの報告行動の活性化、病院間の格差の是正に努める

必要があるが、これらの達成には年余を要することがあるため、迅速に対処されたい。一定の透明性を確保した上で、過誤性有害事象の発生状況をモニターしていくことが望ましい。

- ③ 軽微なインシデント事案も含めた医療過誤性の判定、医療ミスによって発生した新たな医療費を病院負担とする取り組みの精度等において、病院間に差異が生じている可能性がある。安全部門における重要インシデントのトリアージ体制、医・法連携による過誤性判断の精度管理をさらに向上させる必要がある。
- ④ 県立病院機構 5 病院として、全死亡数、医療事故に該当するかどうかの判定会議の開催件数、医療事故と判断され院内調査を行った事例数を明確にした点は評価できる。さらに、最終的に医療過誤と判断された死亡数を明確にするとともに経年推移を視覚化し、重大案件抽出能力の現状把握を継続されたい。
- ⑤ 県立病院機構 5 病院として、注目すべきリスクカテゴリー（Never event：患者誤認、伝達エラー、薬剤投与ミス、侵襲的医療行為に伴うエラー、アレルギー情報がありながら同アレルゲンが投与された事例など）を複数定め、これらを防ぐためのプロセス指標（手順遵守率）やアウトカム指標（防ぎたい出来事の発生率）を Quality Indicator（QI）として設定することを求めたい。これらを改善するためのワーキングや、活動チームが必要となる。これらは DPC データから自動的に算出される診療成績等の QI とは性質の異なるものである。
- ⑥ QI については、年度当初に病院、あるいは機構が明示し、それらの中から、各部署が選択して運用する、いわゆるガバナンスの一直線化を図ることが望ましい。また、各部署はそれとは別に、独自の QI を並行して設定することを推奨する。⑤で示した、各病院のワーキング間の連携を図ることが求められる。
- ⑦ RRS 導入、看護師のフィジカルアセスメント教育体制の充実等において、病院間格差が生じているので是正されたい。
- ⑧ インフォームドコンセント委員会の設置、患者の権利確保の委員会の設置、QI とガバナンスの一直線化など、患者に直接関係する部分の達成が弱い。この状況が今後も継続するのであれば、阻害要因について明らかにされたい。また、患者満足度（患者経験価値）の QI 設定、全病院における QI のホームページ公表（アクセスしやすい階層に）なども積極的に検討されたい。

- ⑨ 職員の意識改革状況を測定されたい。AHRQ 安全文化調査の定期的な実施（2～3年毎）を推奨する。
- ⑩ 神奈川県立病院機構本部は「42の提言」の意図を正しく理解するとともに、県立病院機構5病院との間に認識のずれを生まないように、細心の注意とコミュニケーションを図りながら、改革を継続されたい。

.....

アクションプランの達成は、真の意味での患者安全を向上させ、またその成果を視覚化するための土台作りと捉えることができます。また、その達成状況を定量的に示している点で、他に類例のない自己評価手法となっています。これらをいかに実現し、かつ発展させて、神奈川県立病院機構の目指す「日本一安全な病院群」に向けて変貌を遂げるか、今後のさらなる成果が注目されます。4月以降に新設される「外部監査委員会」では、各病院の取り組みの進捗と職員への浸透度を定期的にモニターし、継続的な改善支援を実施する予定です。引き続き理事長以下、神奈川県立病院機構本部の適格なリーダーシップと、県立病院機構5病院のクリニカルガバナンスに期待するものです。

令和7年3月18日
地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
理事長 阿南 英明 殿

医療安全推進体制に係る外部調査委員会一同